AANGIFTE VAN SCHADE
VVAA SCHADEVERZEKERING
AANSPRAKELIJKHEIDSVERZEKERING VOOR LETSELSCHADE

Alle vragen s.v.p. nauwkeurig en volledig beantwoorden, zo nodig toelichten.

VERZEKERINGNEMER/MAATSCHAP

Naam en Voorletter(s): ☐ m ☐ v

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Telefoon privé: Zakelijk:

E-mail:

Bank- of gironummer:

Relatienummer VvAA: Beroep:

Aantal leden van de maatschap/praktijk: Aantal medische werknemers:

Aantal niet medische werknemers:

Naam *(van degene, die de schade heeft veroorzaakt)*:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Geboortedatum:

Relatie tot de polishouder: ☐ Werknemer ☐ Maatschapslid ☐ Anders,

TOEDRACHT

Waar heeft de gebeurtenis plaatsgevonden?

Datum: Tijdstip:

Toedracht van de gebeurtenis *(eventueel met een eenvoudige situatieschets toelichten):*

BENADEELDE

Naam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Telefoonnummer privé: Zakelijk:

E-mail:

Geboortedatum:

Waaruit bestaat die schade?

Heeft de benadeelde reeds een klacht of een eis tot schadevergoeding ingediend? ☐ ja ☐ nee

Heeft u verder nog iets mede te delen?

Is er sprake geweest van waarneming van andere praktijk? ☐ ja ☐ nee

Heeft u tijdens de behandeling of operatie assistentie gehad? ☐ ja, door wie ☐ nee

Belangrijk:
Het is vereist brieven, klachten, dagvaardigingen en andere stukken betrekking hebbende op eisen tot schadeloosstelling tegen u aanhangig gemaakt, onverwijld aan VvAA schadeverzekeringen nv door te zenden, zonder enigerlei toezegging aan de benadeelde te doen.

Datum Plaats Handtekening

Klik om uw handtekening te uploaden (jpg of png)